

O-4-34

インシデント・アクシデントレポートに関する現状調査

原町赤十字病院 看護部

○^{けんもち}剣持 ^みる美、木暮 玲子、矢嶋美恵子、狩野 道子、内田 信之

【目的】当院におけるインシデント・アクシデントレポート提出数は年々増加し平成26年度は473件に達した。しかし組織の透明性の目安といわれる病床数の約5倍には及ばない状況である。また職種によりレポート提出に対する認識もばらつきがあるといえる。そこで組織全体で医療事故防止を推進するため、今回全職種に対してインシデント・アクシデントレポート提出に関する認識の現状を調査したので報告する。

【方法】研究期間は平成27年6月～平成28年3月であり、全職員対象の医療安全研修参加者264人にに対し独自に作成した質問紙調査を行った。本研究は原町赤十字病院倫理委員会の承認を得ている。

【結果】質問紙は264部配付し、249部回収された（回収率94%）。「インシデントとはどのような状況か」については、「ミスに気づき未然に防止」と答えた職員が63%であったが、「どのような段階でレポートを書いているか」については「ミスに気づき未然に防止」の段階と答えた職員は35%にとどまっていた。「インシデント・アクシデントレポートは必要と思うか」について「とてもそう思う」、「そう思う」と答えた職員は97%に上った。「インシデント・アクシデントレポートに対する気持ち」で、「責められると感じる」「書式が書きにくい」「書いても意味がない」などの意見が、5%～17%あった。

【結語】アンケート結果を踏まえレポートの意義、書くことのメリットなどについて職員全体に周知していく。それぞれの部署で実際に役に立つ要因分析方法や対策の立案を行えるよう支援する。チームで医療安全を行っていくために、多職種間コミュニケーションの研修等を実施する。

O-4-36

Accident Newsに対する当院の取り組みの現状評価と課題

高山赤十字病院 医療安全推進室

○^{わかた}若田^こきみ子、上野 博子、大西 一彦、宮部 将幸、西尾 優

2010年5月から日本赤十字社（本社）より「本社に報告された医療事故・紛争のなかから、全施設で注意を要するもの」につきAccident Newsの配信がある。これは、関係職員で情報を共有し、医療事故再発の防止策の強化ができるようにとのメッセージがある。当院においては、Accident Newsの報告を受けてからMRM委員会・RM会議・看護部長係長会議等での伝達を行っている。しかし、その後の当院における取り組みがどこまで実施されているのかの評価が行われていないのが現状である。そこで、Accident Newsの院内での活用について調査し、今後の医療事故再発防止対策の取り組みを行う上での一助としたい。2010年5月から本社より配信のあった、Accident News No.1～No.11について、当院で行っている対策の現状を調査する。また、当院の対策の見直しを行う。聞き取りの結果をもとに、Accident Newsの伝達方法、当院における今後の対策の立案見直しを行い、その結果から特に管理面において不明確な点などを明らかにする。この取り組みから、自施設での医療事故・紛争に関しての対策立案・職員間での情報共有・実践・評価・修正は必要であることを知ることができ、院内の取り組みについての管理方法を見直すきっかけとする。

O-4-38

2度の転院に際しての情報伝達の不備が死亡の要因と考えられた救急症例

長浜赤十字病院 地域医療連携室¹⁾、長浜赤十字病院 医療安全推進室²⁾

○^{くすい}楠井 ^{たかし}隆¹⁾、七里 安子²⁾、中村 忠之²⁾、大音 博美²⁾、大橋 直美¹⁾

【経過概要】70代女性。裏山で1.5m程度転落。左背部などを強打。自力で帰宅後救急要請。初療に当たったX病院のCTで多発左肋骨骨折、少量気胸が判明、専門的外傷外科管理のため当院へ転送。当院のCT再検で大量血胸あり、胸腔ドレーン挿入。850mlの排液があった。短時間で血胸の増加があり当院にない呼吸器外科があるY病院に転送受け入れを要請。この間、直接の担当ではない放射線科医より大動脈損傷の可能性の指摘あり、造影CTを行ったが造影剤血管外漏出なく大動脈には問題ないと判断。Y病院ではドレーン排液などから出血は止まっていると判断し保存的に経過観察。当院CTの再読影でも出血源はわからなかった。翌日午後急変。肋間動脈からの再出血の想定のもと開胸止血術。上位肋骨付近に血腫目立つが止血していた。翌日再度急変、大動脈損傷に伴う仮性動脈瘤破裂のため死亡した。当院、Y病院合同で検討会を行った。

【検討内容】X病院CTで肋骨骨片が大動脈に突き刺さっていたことが判明。当院非造影CTで大動脈損傷を強く疑うことは可能だが造影CTではわかりにくい。開胸止血術中の大動脈の観察が不足していることなどが指摘された。さらに、他施設画像閲覧は可能（CD-R、ネットワーク）であるが画像の展開が遅い。大動脈損傷の可能性を指摘した放射線科医はX病院画像を見ず、Y病院医師（複数）は当院造影CTしか見ず、当院で大動脈損傷が懸念されていたことも知らなかった。

【教訓】1) 救急患者の転送においては、転送元施設全データの再評価が必要。2) 救急症例のCTでは非造影画像の読影も重要であるがシームレスに他施設画像を閲覧できる環境整備が望ましい。3) 転送元で破棄または中断された懸念の伝達・再認識も必要である。

O-4-35

医療事故調査制度導入後の当院の概況

大阪赤十字病院 業務部・医療安全課

○^{ただ}多田 ^{りゅうと}竜人

【目的】許可病床数1000床の地域中核病院である当院は、年間298,536人(昨年度実績)の入院患者に対応し、昨年度の死亡又は死産数は767件であった。医療事故調査制度導入にあたり、医療安全推進室は全ての死亡又は死産に対し、より関心を寄せ対応する必要性が生じた。全事例から、調査対象である医療起因性があり且つ予期性のない死亡又は死産にどのように介入するか検討を重ねた。制度導入後の当院の取り組みと概況について報告する。

【取り組み】1) 職員説明会と事例のスクリーニング方法の検討 2) スクリーニング後の対応 3) 医療事故報告対象事例発生後の対応

【結果】1) 全医師とコメディカル幹部職員に対し、制度の趣旨と報告方法について事前説明会を開催した。『死亡事例チェックリスト』を作成し、死亡診断と同時に医療起因性と予期性の有無を把握する仕組みを整えた。半年間の死亡又は死産報告数は428件、うち救急外来での死亡52件を除き、376件の死亡診断に対し『死亡事例チェックリスト』回収率は99.53%であった。2) 医療起因性は10件、予期せぬ死亡は33件のチェックがあった。その何れかに該当し問題があると疑われた2事例について院内事故調査委員会を開催したが、報告対象となる事例はないと判断した。3) 本社ガイドラインの改訂を受け、院内の『医療事故、医療紛争対応マニュアル』を改訂した。事例発生後の指示命令系統を業務フローに表し明確化した。

【考察】本制度は医療の質向上を目的としている。特に予期性の有無については、医療提供前のICが重要となる。医療安全推進室として、ICをより充実させるための説明、同意書類の整備には継続的に取り組む必要がある。また、効果的IC実現のためにも、医師だけでなく多職種がそれぞれの専門性を発揮して取り組むことが肝要であり、これらを支援する必要性がある。

O-4-37

持参薬インスリンにおける安全性向上の取組み－電子カルテの注射処方箋運用－

大森赤十字病院 薬剤部

○^{ただ}高田あゆみ、平岩 知子、川村 千穂、後藤 亨

【背景と目的】インスリンは患者の持参薬を使用することが多いが、ハイリスク薬であり使用単位や用法を間違えると命に関わる危険性がありその管理は重要である。しかし、インスリンは食前に投与することが多く食後に服用することが多い他の内服薬と一緒に紙媒体である持参薬指示票で記録し管理することは困難なこと、さらに病態変化やステロイド投与、手術及び検査による食止めなど多様な状況下での血糖管理が必要となり、投与の中止や変更が多いことなどから紙媒体の持参薬指示票での管理が危険と考えられた。そこで、2015年7月より持参のインスリンを電子カルテによる注射処方箋での運用へ変更し、その有用性を検討した。

【方法】インスリンの処方変更の頻度について1か月間（2016年3月）における持参のインスリン使用患者数と投与の中止や変更があった患者数及び薬剤数と診療科（内科系、外科系）について調査した。次に運用前後の期間である2014年7月から2016年3月に発生した持参インスリンのインシデント報告件数を調査した。最後に使用対象である医師と看護師に安全性と作業効率に関するアンケートを実施した。

【結果】持参のインスリン使用患者数は14名（内科系 9名、外科系 5名）であった。そのうち中止や変更が生じた患者は半数の7名（内科系 4名、外科系 3名）であり、薬剤数は11剤であった。運用変更により持参のインスリンに関するインシデントは運用前が2件で後が0件と減少した。運用変更が安全性向上に有用であると回答した医師は62.9%（17名/27名）、看護師は66.0%（103名/156名）であった。作業効率が向上したと回答した医師は18.5%（5名/27名）、看護師は48.0%（75名/156名）であった。

【結語】持参したインスリンの電子カルテによる注射処方箋での運用は医療安全上有用であった。

O-4-39

説明と同意の充実をめざしたマニュアル改定～相談窓口対応事例を反映して～

富山赤十字病院 医療安全推進室

○^{いしくろ}石黒 ^{ゆうこ}優子、石川今日子、荒川 文敬、山本真奈美

【はじめに】患者相談窓口対応事例の中で医療者に対する苦情は3割を占め、治療により有害な事象が起きた事で患者側と医療者側の認識が一致せずコンフリクトが生じた事例を経験した。また、医療の進歩と超高齢化社会の中で高齢者の手術は増加し、独居、家族関係の希薄などの社会背景から検査・治療・手術の説明と同意の場面において、家族の不在や連絡困難のため医療者が困惑した事例が多かった。この2点の課題から、説明と同意における基本姿勢、手順、要件を示したマニュアルの改訂に取組み、全診療科と共に説明書・同意書の書式統一を行った。

【内容】マニュアルの改訂においては、医療者に対する苦情や医療事故を疑う質問への対応の中で「術後合併症で再手術の説明はなかった」「術後の説明を廊下でされた」等の声があり、説明時の注意事項として姿勢、場所の設定等について明記した。また説明内容は、説明書・同意書の記載基準を作成し、説明書は説明すべき内容・事項を明記した共通用紙を基本使用とし、同意書は別紙とし、何に対しての同意なのか、同意する・しないの選択を記載できる様式とした。検査・治療・手術の説明時に医療者が困惑した17事例を検討した結果より、説明時の代諾者の要件として、代諾者が不在の場合は「意思決定困難な状態となった時には何処（誰）に連絡をするのか本人に確認する」、救急搬送で代諾者が不在の場合は医師2名で医療行為の必要性を確認し、診療録にその旨を記載する等、実践に即した内容で明記した。

【おわりに】今回、患者さんの声、医療者の声から課題を抽出し取り組むことができた。今後は、説明と同意の基本姿勢を深めていくことで、更なる充実を図ることが課題であり対話を大切にする文化の醸成に繋げていきたい。